

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
 - 1.1 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย
 - 1.2 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของตำบลหารแก้ว
 - 1.3 เป้าหมายการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.4 การควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.5 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง
2. การมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 2.1 ความหมายและแนวคิดการมีส่วนร่วม
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม
 - 2.3 ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วม
 - 2.4 การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน
3. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 กระบวนการขั้นตอนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลายความหมาย เช่น Joint National Committee VII [JNC VII] (Chobanian et al., 2003); World Health Organization-International Society of Hypertension (WHO-ISH, 1999) ได้ให้คำจำกัดความโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีค่าความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือเป็นภาวะที่มีความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้ โชบานีเยน และคณะ (Chobanian et al., 2003) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือ ความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท อีกทั้ง สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ให้ความหมายโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure: SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure: DBP) ≥ 90 มม.ปรอท สรุปได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าความดันโลหิต (systolic blood pressure) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือเป็นภาวะที่มีความดันโลหิต (diastolic blood pressure) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทบทวนสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ซึ่งจะกล่าวต่อไป

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย

ประเทศไทยมีแนวโน้มของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงขึ้น จากปี 2543 และปี 2553 พบว่าอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูง จาก 259.02 เป็น 1,349.39 ซึ่งถือว่ามียอัตรการเพิ่มที่สูงกว่า 5 เท่า (ธาริณี พงษ์นันท์ และ นิตยา พันธุเวชย์, 2555) มีคนไทยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 494,809 คน ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 780,629 คน และ ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 859,583 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูง 860.53, 1,230.16 และ 1,349.39 ตามลำดับ และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 2,463 คน ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 2,295 คน และ ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 2,478 คน คิดเป็นอัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูง 3.90, 3.62 และ 3.89 ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าจำนวนผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ชายร้อยละ 60 และ ร้อยละ 40 ในหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่ได้รับการรักษา ประมานน้อยกว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 พบว่าอัตราการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น 5 เท่า จาก ปี พ.ศ. 2540 เป็น 782.4 ต่อแสนประชากร และเพิ่มสูงขึ้นถึง 860.5 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2551 และพบมีผู้เสียชีวิตประมาณปีละ 70,000 ราย (ร้อยละ 18) สูญเสียปีสุขภาวะจากการตายและพิการ ปีละ 6 แสนปี (ร้อยละ 6 ของ DALYs) (วิชัย เอกพลการ, 2553)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของตำบลหารแก้ว

ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกปี พ.ศ. 2555 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหารแก้ว พบมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 244 คน คิดเป็น อัตราป่วย 4,124.40 ต่อแสนมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ ระดับความดันโลหิตสูงเริ่มแรก (140-159/90-99 mmHg) จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 22.95 ความดันโลหิตสูงมีระดับปานกลาง (160-179/100-109 mmHg) จำนวน 9.02 คน คิดเป็นร้อยละ มีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/100 mmHg) จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.41

ในปี พ.ศ. 2555 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหารแก้ว ได้ทำการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ จำนวน 4,820คน พบผู้มีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 0.27 (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหารแก้ว, 2555)

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีจำนวนมากและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้สูง นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มการเกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในชุมชนเพิ่มมากขึ้นหากไม่มีการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ดี

เป้าหมายการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลตลอดชีวิตมีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไว้ดังนี้

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ค่าความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (มีค่าความดันขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และมีความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003)

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หมายถึงการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ในด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมในการควบคุมการรับประทานอาหารเค็ม ไขมัน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อน และการบริหารจัดการความเครียด (ชาตรี แมตส์, 2549)

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หมายถึงการควบคุมให้ความดันโลหิตที่สูงลดลงมาเท่ากับหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยไม่เกิดอันตรายใดๆ (Belan & Passor, 1985, อ้างใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2532)

การควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานควบคุมโรคโดยมีเป้าประสงค์ในการดำเนินงาน เพื่อลดอัตราการเกิดโรครายใหม่ในชุมชน จัดทำความตระหนักต่อโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และลดความชุกของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีพยาบาลชุมชนและ อสม. ร่วมกันดำเนินงานดังนี้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ควบคุมป้องกันในระดับปฐมภูมิ

การควบคุมป้องกันในระยะนี้เป็นการดำเนินการในช่วงก่อนเกิดโรค เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคซึ่งจัดบริการในระดับชุมชน และมาตรการที่สำคัญในการดำเนินงานคือการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนรับรู้ความเสี่ยงของตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดการเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อม และปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดมีความดันโลหิตสูงในประชากร ได้แก่ พันธุกรรม

อายุ การบริโภคเกลือโซเดียมเพิ่มมาก ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน การบริโภคแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ การรับประทานผักผลไม้ลดลง ความเครียด และการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน ลดลงรวมถึงการที่ขาดการออกกำลังกาย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลชุมชนที่สำคัญคือ การให้ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ การสื่อสารให้ประชาชนรู้ถึงความเสี่ยงของตนเอง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันที่ถูกต้อง และสนับสนุนการจัดทำทักษะในการดูแลตนเองให้แก่ประชาชน ครอบครัว และ ชุมชน ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธภักดี, 2542)

1. การลดการบริโภคเกลือโซเดียมคลอไรด์ให้น้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน ซึ่งการบริโภค เกลือแคงลดลง 50 มิลลิกรัมต่อวัน จะทำให้ลดจำนวนผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ถึงร้อยละ 50 (มันทนา ประทีปเสน และ วงเดือน ปันดี, 2542)

2. การรับประทานผักผลไม้ให้เพียงพอ โดยบริโภคอย่างน้อย 3 ทับพีและผลไม้ อย่างน้อย 2 ทับพีต่อวันเพื่อให้ได้โปตัสเซียมจากอาหารอย่างเพียงพอ และรับประทานอาหารที่มี แคลเซียม และแมกนีเซียมอย่างเพียงพอ

3. เพิ่มกิจกรรมทางกายหรือเพิ่มการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันให้มากขึ้นและควร ออกกำลังกาย อย่างน้อย 30-60 นาทีต่อวัน และ /2-3 ครั้งต่อสัปดาห์

4. ลดการบริโภคแอลกอฮอล์ไม่ให้เกิน 30 มิลลิกรัมต่อวัน และงดสูบบุหรี่

5. การควบคุมภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของประชากรเพื่อให้ดัชนีมวลกาย (body mass index) อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าคนอ้วนมีความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงกว่าคนที่ไม่อ้วน 2-3 เท่า เพราะระดับความดันโลหิตมี ความสัมพันธ์โดยตรงกับดัชนีมวลกายโดยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นทำให้หัวใจต้องสูบฉีดโลหิตแต่ละ ครั้งเพิ่มมากขึ้น (มันทนา ประทีปเสน และ วงเดือน ปันดี, 2542)

6. ลดหรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียดโดยการทำสมาธิ สวดมนต์ เพื่อทำให้จิตใจสงบ และ ผ่อนคลาย การที่ร่างกายอยู่ในภาวะผ่อนคลาย จะส่งผลให้อัตราการหายใจลดลง โลหิตออกจาก หัวใจ ทำให้อัตราการเต้นของชีพจรลดลง และความดันโลหิตลดลง ส่วนในด้านจิตใจการผ่อนคลาย ทำให้ความเครียด และ ความวิตกกังวลลดลง (วิมลทิพย์ แก้วถา, 2546)

ระดับความดันโลหิตสูงเป้าหมาย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

1. BP. < 140/90 มม.ปรอท ในผู้ป่วยทั่วไป
2. BP. < 130/80 มม.ปรอท ในผู้ป่วยอายุน้อย
3. BP. < 130 - 139/80- 85 มม.ปรอท ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
4. BP. < 130/80 มม.ปรอท ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หาก Proteinuria > 1 กรัม/วัน และ < 125/75 มม.ปรอท หาก Proteinuria < 1 กรัม/วัน

5. BP. < 130/80 มม.ปรอท ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิด CVD สูง เช่น เกิด CVD แล้ว

จากความหมายที่มีนักวิชาการให้ความหมาย สรุปได้ว่า หมายถึง การดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง เพื่อการควบคุมการรับประทานอาหารลดเค็ม ลดไขมัน ลดแอลกอฮอล์ ดูปรับบุหรื การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อน และการบริหารจัดการความเครียดของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เท่ากับหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยไม่เกิดอันตรายใดๆ

ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง

การเกิดโรคความดันโลหิตสูงจะส่งผลในการเกิดผลกระทบต่างๆ คือ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ และผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

แม้ในปัจจุบันยังหาวิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงให้หายขาดไม่ได้ แต่ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษาหรือไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเป็นเวลานาน จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่ออวัยวะที่สำคัญ (Chobanian et al., 2003) ดังนี้

1.1 หัวใจ ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจ คือ โรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดมีการตีบแคบและแข็งตัวมากขึ้น ส่งผลให้หัวใจมีการบีบตัวเพื่อต้านกับแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดงในระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวกับแรงดันหรือแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัว หัวใจมีขนาดใหญ่และหนาขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อให้ร่างกายได้รับเลือดเพียงพอ หากเกิดการบีบตัวต้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลาและมากขึ้นเรื่อย ๆ เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนไม่สามารถขยายได้อีก ส่งผลให้หัวใจห้องซ้ายห้องล่างซ้ายไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจึงท้นเข้าสู่หลอดเลือดแดงของปอด เกิดอาการเลือดคั่งในปอด ทำให้หัวใจห้องขวาทำงานหนักมากขึ้น จนเกิดภาวะหัวใจวายในที่สุด (จักรพันธ์ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

1.2 สมอง การมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานนำไปสู่ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นผลจากหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมองเกิดการตีบแคบลง หากมี

ลิ่มเลือดมาอุดตันบริเวณที่ตีบแคบ ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (สุภารัตน์ ต้นสุกสวัสดิกุล และ จรินทร์ อัสวหาญฤทธิ์, 2548) เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ สมองขาดออกซิเจน ส่งผลให้เซลล์สมองตายในเวลาต่อมา นอกจากนั้นความดันโลหิตสูงยังส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแดงในสมองอ่อนแอและโป่งพองออก (aneurysm) หากผู้ป่วยยังมีความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดหลอดเลือดสมองแตก ความดันในกระโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นจนทำลายเนื้อเยื่อสมองซึ่งอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

1.3 ไต ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งและหนาตัว ตีบแคบลง และหรือหลอดเลือดที่ไตถูกทำลาย เลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ไตขับน้ำและเกลือโซเดียมออกจากร่างกายได้ลดลง เกิดการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมในร่างกาย ความดันโลหิตสูงขึ้น ไตเกิดความเสียหายเพิ่มขึ้น นำไปสู่ปัญหาไตวายเรื้อรังตามมา (chronic renal failure) (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

1.4 จอรับภาพของลูกตา ความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะเกิดการตีบแคบของหลอดเลือดฝอยที่ตา แรงดันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาเพิ่มขึ้น เกิดการแตกของหลอดเลือดที่ตา มีเลือดซึมประสาทตาเสื่อม เส้นประสาทตาบวม เกิดอาการตาบวมบางครั้งอาจรุนแรงถึงขั้นตาบอดได้ (สุภาวดี ด้านธำรงกุล, 2543)

จะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตราย ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต และพบมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดความพิการและเสียชีวิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ บางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบของโรคหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยเกิดความเครียดวิตกกังวล ผู้ป่วยบางรายอาจท้อแท้หมดกำลังใจ เบื่อหน่ายในการรักษาและการปรับตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เลือกใช้พฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่นการดื่มสุราหรือการสูบบุหรี่มากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความเครียด จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจวาย ไตวายเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดในสมอง ผลกระทบทางกายจากภาวะแทรกซ้อน สูญเสียความสามารถทางร่างกาย มีภาวะพิการ ทุพพลภาพ ปัญหาจากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่น ความมีคุณค่าของตนเองลดลง จากพยาธิสภาพของ

โรคหัวใจ จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดจากความไม่แน่นอนของโรค กลัวการกลับเป็นซ้ำ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และกลัวการเสียชีวิต (กนกพร วิสุทธิกุล, 2540)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา และผลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการแสดงบทบาทต่าง ๆ ในสังคมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่หรือทำงานได้เหมือนเดิม และผลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมถึงข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและความสามารถในการประกอบอาชีพประจำวันลดลง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ทำให้สูญเสียรายได้จากงานประจำ เมื่อต้องมาติดตามการรักษา และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544; อรพิน ภายโรจน์, 2542) ทำให้มีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคมตามมา จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่ายาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 1,748 เหรียญต่อปี ถ้าพบว่าภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและมีการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคไตและต้องฟอกไต จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 25,024 และ 40,864 เหรียญต่อปี ตามลำดับ สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย 1,670 บาทต่อรายต่อครั้ง และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองค่ารักษาพยาบาลจะสูงเพิ่มมากขึ้นเป็น 15,283 บาทต่อรายต่อครั้ง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนหรือกลุ่มบุคคล ถือว่าเป็นหลักการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาในด้านต่าง ๆ เป็นทางเลือกที่จะช่วยให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลพึ่งตนเองได้ ซึ่งนักวิชาการและนักพัฒนาได้ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วม และได้เสนอความหมาย แนวคิดของการมีส่วนร่วมไว้ ดังต่อไปนี้

ความหมายและแนวคิดการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนางานและโครงการต่างๆ ได้มีนักวิชาการและหน่วยงานต่างๆ ได้ให้ความหมายไว้มากมายดังนี้

โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในทัศนะของการพัฒนาชนบทว่า การมีส่วนร่วมจะต้องประกอบด้วย การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของประชาชน 4 ประการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจว่าจะทำอะไร และทำด้วยวิธีการอย่างไร มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ มีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ และมีส่วนในการประเมินผลโครงการ

อุทัยวรรณ กาญจนกมล (2541) ที่กล่าวว่า การที่ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้น เริ่มต้นโดยชุมชนเป็นผู้ริเริ่มหรือผู้กระทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ชุมชนเป็นผู้กำหนดเอง โดยหน่วยงานภายนอกเป็นผู้สนับสนุนเท่านั้น หรือหากองค์กรชุมชนมีโอกาสนเป็นภาคีในการดำเนินงานร่วมกับภาครัฐ ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำงานร่วมกันทั้งนี้ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐต่างก็เคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกันทั้งนี้อาจเริ่มตั้งแต่ระยะกำหนดหาปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การออกแบบทางเลือกในการพัฒนาให้กับชุมชนสามารถพัฒนา หรือแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนของตนเองในแต่ละท้องถิ่น

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543) การมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการพัฒนาโดยให้บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนอันได้แก่ ร่วมกันค้นปัญหา ร่วมวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากร และเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการติดตามผล ประเมินผล รวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการดังกล่าว จะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547) การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึง การให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ การดำเนินโครงการ ร่วมรับผลประโยชน์และประเมินผลจากโครงการนั้นๆ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550) ให้ความสำคัญการมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินงาน ร่วมสมทบทรัพยากรและร่วมรับผลประโยชน์จากการดำเนินงาน จะเป็นการช่วยพัฒนาศักยภาพของประชาชนเกิดความพึงพอใจจนบรรลุเป้าหมาย การมีส่วนร่วมไม่ใช่เพียงแค่การเข้าไปเป็นกรรมการ ในคณะกรรมการต่าง ๆ เท่านั้น ยังรวมถึงกิจการที่ประชาชน ชุมชนสามารถดำเนินการเองโดย รัฐบาลเป็นผู้กำกับ และสนับสนุน

สมยศ อัมพันธ์ (2550) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมว่า หมายถึงการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ที่มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการบริหารจัดการเพื่อให้ผลนำไปสู่ เป้าหมายวัตถุประสงค์ตามที่วางไว้

เบญจมาพร อิ่มเอิบ (2552) กล่าวว่า การดำเนินกิจกรรมโดยประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็น กระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจ การประสานงาน และความรับผิดชอบเข้าร่วมกระบวนการ หรือกิจกรรมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนด้วยความสมัครใจ โดยเข้าร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง กับการแก้ไขปัญหาของชุมชน ตั้งแต่ การร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล เป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผูกพันต่อกิจกรรมการพัฒนานั้น ๆ

จันทร์เพ็ญ ประโยชน์ (2550) การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนใน ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาชุมชนตั้งแต่เริ่มต้น คือ ร่วมค้นหาปัญหาของชุมชน ร่วมคิดหาวิธีการพัฒนาแก้ไขปัญหาของชุมชน ร่วมวางแผนงาน ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากร ร่วมบริหารงาน ร่วมลงทุนในกิจกรรม โครงการ ร่วมปฏิบัติตามกิจกรรมโครงการ และร่วมติดตาม ประเมินผลโครงการ

มัทธิดา เจริญกาญจน์ (2551) หมายถึง การที่บุคคลเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ด้วยความสมัครใจ โดยที่บุคคลเหล่านั้นจะมีส่วนร่วมคิด และแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดการปรับปรุง พัฒนางาน

นภาพร อินตะ (2554) หมายถึงการที่บุคคลเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆด้วยความ กระตือรือร้นและสมัครใจในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา มีการตัดสินใจ การวางแผน และดำเนินการตามแผน และติดตามประเมินผล โดยการเกี่ยวข้องกันทางจิตใจ และอารมณ์ใน สถานการณ์เดียวกันและรับผิดชอบร่วมกันเพื่อปรับปรุงสถานะความเป็นอยู่และก่อให้เกิดการ พัฒนารูปแบบเปลี่ยนแปลงไปสู่วัตถุประสงค์ที่กำหนด

จากความหมายการมีส่วนร่วมของนักวิชาการดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนและองค์กรในชุมชนเข้าร่วมตั้งแต่ ร่วมค้นหาปัญหาของชุมชน ร่วมคิดหา วิธีการพัฒนาแก้ไขปัญหาของชุมชน การร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผนงานมีส่วนร่วมในการดำเนินการ

มีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลรวมทั้งร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนานั้น ๆ ด้วย

แนวคิดการมีส่วนร่วม

โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) ได้เสนอขั้นตอนของการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) ได้แก่ การมีส่วนร่วมที่เป็นการแสดงออกด้านความคิดเกี่ยวกับการจัดระบบ หรือการจัดระบบของโครงการ เป็นการประเมินปัญหาหรือทางเลือกที่จะสามารถเป็นไปได้ ที่จะนำไปปฏิบัติ โดยการประเมินสภาพที่เป็นอยู่และสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (implementation) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการระดมทรัพยากร สละแรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ด้วยความเต็มใจและมีส่วนร่วมในการเข้าเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ หากเป็นการเข้าร่วมโดยสมัครใจจะมีการคำนึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหลังจากเกิดการมีส่วนร่วมด้วย
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (benefits) ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านวัตถุ ซึ่งได้แก่ การเพิ่มผลผลิตรายได้ หรือทรัพย์สิน การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ทางด้านสังคม ได้แก่ สิ่งที่เป็นส่วนกลางของชุมชน เช่น โรงเรียน สถานที่สาธารณะ และผลประโยชน์ส่วนบุคคล ได้แก่ ความนับถือตนเอง (self esteem) พลังอำนาจทางการเมือง (political power) ความภูมิใจของผลประโยชน์ (sense of efficacy)
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผลและวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน ค้นหาข้อดี ข้อเสีย เพื่อหาแนวทางแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978, อ้างใน ประเทือง วงษ์แจ้ง, 2541) ได้เสนอรูปแบบของกระบวนการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน คือการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมายกำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามประเมินผล โดยการตัดสินใจด้วยตนเอง
2. การดำเนินกิจกรรม คือการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ บริหารการใช้ทรัพยากร และการจัดสรรควบคุมทางการเงิน

3. การใช้ประโยชน์ คือการมีส่วนร่วมในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเอง และควบคุมทางสังคม

4. การได้รับประโยชน์ คือการมีส่วนร่วมได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชน ในพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน ซึ่งจะเป็นผลประโยชน์ส่วนตัว สังคม หรือในรูปวัตถุก็ได้

จากแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ดังกล่าวข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแนวคิดของ โคเฮน และ อัฟฮอฟท์ (Cohen & Uphoff, 1980) มาประยุกต์ใช้กับการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ (decision making) ใช้การตัดสินใจควบคู่ไปกับขั้นตอนการปฏิบัติการ (implementation) ด้วย การรับผลประโยชน์ (benefits) และการประเมินผล (evaluation)

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยเสริมจัดทำความเข้มแข็งให้กับชุมชน การเพิ่มบทบาท และการมีส่วนร่วมของบุคคลหรือชุมชนจะเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะภาครัฐ และภาคเอกชนในการเสริมจัดทำความเข้มแข็งให้กับบุคคลด้วยการเตรียมความพร้อมให้กับบุคคล รวมทั้งจัดทำกลไกช่องทางที่เอื้ออำนวย และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของบุคคล โครงการจัดทำข้อมูลข่าวสารและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลนโยบายสาธารณะ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2543)

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน มีหลายปัจจัยทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสังคม เศรษฐกิจ (บุญเทียน แก้วมงคล, 2552) กล่าวคือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส
2. ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สภาพทางสังคม ความเชื่อ รายได้ อาชีพ พื้นที่ทำกิน
3. ปัจจัยทางการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ การติดต่อสื่อสารที่ดี (two way communication) แลกเปลี่ยน ข้อคิดเห็นต่างๆ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ข้อมูลข่าวสารที่ดีในการตัดสินใจเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ ชัดเจน เข้าใจง่าย สอดคล้องกับความต้องการพื้นฐานของชุมชนตลอดจนตั้งคำถามเพื่อการแสวงหาข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยได้รับความสะดวกและทางเลือกในการใช้ช่องทางการสื่อสาร จากการมีโอกาสได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สนับสนุน

4. ปัจจัยทางด้านการนิยาม ได้แก่การพึ่งตนเอง การรวมกลุ่ม การศึกษาหาความรู้

5. มีตัวแทนที่เหมาะสม มีตัวแทนกลุ่มต่างๆ อย่างครบถ้วนเพื่อให้เกิดความหลากหลายในความคิด ความสนใจ ความต้องการและความหลากหลายความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมในการจัดหาทรัพยากร (resource mobilization) ทั้งทรัพยากรเพื่อการพัฒนาและทรัพยากรที่เกิดขึ้นจากผลการพัฒนา

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชนในงานสาธารณสุขประกอบด้วย ดังนี้ (เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, 2542)

1. การความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชน และการประสานงานที่ดีต่อกันเจ้าหน้าที่ในภาครัฐเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วยชุมชนเอง หากเจ้าหน้าที่ของรัฐขาดแนวคิดและมีความเชื่อมั่นว่าตนเป็นผู้ให้และประชาชนเป็นเพียงผู้รับทำให้เกิดการครอบงำทางความคิดของประชาชน การพัฒนาก็จะประสบความล้มเหลวและขาดความต่อเนื่อง ตรงกันข้ามถ้ามีการประสานงานที่ดี จะนำมาซึ่งความเข้าใจ ความใกล้ชิดสนิทสนมและความรู้สึกรักหวงแหนกัน ต่างเป็นส่วนหนึ่งของโครงการนั้น ๆ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารในระบบราชการ การดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ มุ่งที่จะให้เกิดผลในระยะอันสั้น การกำหนดนโยบายและอำนาจการตัดสินใจอยู่ส่วนกลางการทำงานจึงมุ่งที่จะสั่งการมากกว่าให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยตรง

3. ปัจจัยทางด้านชุมชน ลักษณะทางภูมิศาสตร์ จิตวิทยาสังคม การจัดระเบียบสังคม และวัฒนธรรมของชุมชน ในแต่ละชุมชนมีปัจจัยที่จะเอื้ออำนวยแตกต่างกันออกไป ชุมชนที่ตั้งรากฐานเป็นเวลายาวนานจะมีการปฏิสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติ การรวมตัวของชุมชน การเสียสละช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กระบวนการจัดองค์กรชุมชน

องค์การอนามัยโลก (อ้างใน บุญเทียน แก้วมงคล, 2552) ได้สรุปปัจจัยการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยของสิ่งจูงใจ หมายถึง การที่ประชาชนจะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่วนใหญ่จะมีเหตุผลที่สำคัญคือ ประการแรก มองเห็นว่าจะได้ผลตอบแทนในสิ่งที่ทำไป และประการที่สอง การได้รับการบอกกล่าว หรือได้รับการชักชวนจากบุคคลอื่นให้เข้าร่วม โดยมีสิ่งจูงใจเป็นตัวนำ

2. ปัจจัยโครงสร้างของโอกาส หรือช่องทางในการเข้าร่วม หมายถึง การมองเห็นช่องทางในการมีส่วนร่วม และมองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับหลังการมีส่วนร่วม ดังนั้นพื้นฐานทางด้านโครงสร้างของช่องทางการมีส่วนร่วมจึงควรมีลักษณะดังนี้ คือ ประการแรกเปิดโอกาสให้ทุกๆ คนในชุมชนมีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ประการที่สอง

มีกำหนดเวลาชัดเจนแน่นอน เพื่อผู้ที่เข้าไปมีส่วนร่วมจะสามารถกำหนดเงื่อนไขตามสภาพเป็นจริงของตนได้และประการที่สาม มีการกำหนดลักษณะของกิจกรรมที่แน่นอนว่าจะทำอะไร

3. ปัจจัยด้านอำนาจในการส่งเสริมกิจกรรมของการมีส่วนร่วม หมายถึงการที่ประชาชนสามารถกำหนดเป้าหมาย วิธีการและผลประโยชน์ของกิจกรรมได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สังคม เศรษฐกิจ ค่านิยมและการติดต่อสื่อสารซึ่งต้องอาศัยกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมย่อมต้องมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานด้วยเช่นกัน

ระดับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐ ได้ระบุถึงพิสัยระดับการมีส่วนร่วม โดยจัดระดับการมีส่วนร่วมไว้ 3 ระดับ รวม 8 ขั้นตอน ดังนี้ (อุทัยวรรณ กาญจนกมล, 2541)

ระดับที่ 1 ของการมีส่วนร่วม

ขั้นที่ 1 ประชาชนถูกจัดแจง ให้ความร่วมมือกับโครงการพัฒนา สุขภาพของรัฐ ตามประสงค์ที่ทางราชการร้องขอ หรือทำตามใบสั่ง มีการสั่งการมาจากหน่วยงานราชการระดับสูงลงสู่ระดับล่างให้ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือ เช่น เกณฑ์แรงงาน ให้ร่วมบริจาค การเรียไร หรือจัดกลุ่มเพื่อช่วยปฏิบัติการทางจิตวิทยาสื่อมวลชน

ขั้นที่ 2 ประชาชนได้รับการเยียวยา โดยให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องเฉพาะในกลุ่มสุขภาพศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์จะควบคุมหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างเช่น การเข้ารับการอบรม หรือการสอนสุขภาพศึกษาเพื่อให้ประชาชนทำตาม ตั่งกฎหรือสุขบัญญัติโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมชุมชน และเศรษฐกิจสังคมของท้องถิ่นที่มีธรรมชาติแตกต่างกัน จัดว่าเป็นการเยียวยา แบบหนึ่งบันได 2 ขั้นแรกนี้แท้จริงแล้วถือว่าไม่ให้โอกาสแก่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมแต่อย่างใด

ระดับที่ 2 ของการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี

ขั้นที่ 3 คือการให้ข้อมูลข่าวสาร หรือการประชาสัมพันธ์โครงการ

ขั้นที่ 4 ประชาชนอยู่ในฐานะผู้ให้คำปรึกษาโครงการ และให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ

ขั้นที่ 5 รัฐเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนบางคนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็น ในเชิงปรึกษาหารือ แต่ไม่ให้อำนาจในการตัดสินใจ อาร์สไตน์ อธิบายระดับการมีส่วนร่วมแบบนี้ว่า เป็นการมีส่วนร่วมแบบพระอันดับหรือแบบฉาบฉวย

ระดับที่ 3 ของการมีส่วนร่วมถือว่าประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

ขั้นที่ 6 โดยชุมชนเป็นผู้ริเริ่ม/ผู้กระทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ชุมชนเป็นผู้กำหนดเอง และหน่วยงานภายนอกเป็นผู้สนับสนุนเท่านั้น หรือองค์กรชุมชนได้มีโอกาสเป็นภาคีในการดำเนินงานร่วมกับรัฐ มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำงานร่วมกันโดยทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐต่างก็เคารพในความคิดเห็นซึ่งกันและกันตั้งแต่ระยะกำหนดหาปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การออกแบบทางเลือกในการพัฒนาให้กับชุมชนสามารถพัฒนา หรือแก้ไขปัญหาสภาพในชุมชนของตนเองในแต่ละท้องถิ่นซึ่งแตกต่างกัน

ขั้นที่ 7 เป็นการมอบอำนาจให้ไปดำเนินการตามโครงการที่มีพันธะสัญญาร่วมกัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่รัฐมั่นใจในความสามารถของประชาชนว่ามีความพร้อมที่จะดำเนินการ

ขั้นที่ 8 มีการเปิดโอกาสให้เข้าไปร่วมควบคุมดูแลในฐานะผู้ตรวจสอบ ผู้ร่วมกำหนดนโยบาย การดำเนินงานของรัฐในโครงการพัฒนาสุขภาพด้วยว่าสอดคล้องกับนโยบายสาธารณะที่กำหนดไว้แต่แรกหรือไม่ ตรวจสอบความโปร่งใสของการดำเนินงานและดูแลในเรื่องความมีประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของโครงการร่วมกัน การให้โอกาสดังกล่าวถือว่าประชาชนมีพลังสามารถเข้าไปดูแล ควบคุม โครงการพัฒนาสุขภาพอย่างจริงจัง และถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมแบบอุดมคติ

วรณี จันทร์สว่าง (2546) ได้สรุประดับการมีส่วนร่วมโดยพิจารณาจากอำนาจในการตัดสินใจและความรับผิดชอบของประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่น้อย ปานกลาง สูง และในอุดมคติ ซึ่งลักษณะการมีส่วนร่วมในแต่ละระดับ มีดังนี้

1. ระดับที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วม เป็นการที่ประชาชนถูกบังคับหรือถูกหลอกให้เข้าร่วมโครงการ เช่น เกณฑ์ประชาชน การใช้สิทธิพลขู่ขู่ การจ้างหรือให้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริง
2. ระดับที่ประชาชนมีส่วนร่วมน้อย เป็นการที่ประชาชนถูกชักชวนให้เข้าร่วมโครงการโดยการให้ข้อมูลแก่ประชาชนด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ หรือเป็นการที่ประชาชนถูกถามถึงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ แต่ความคิดเห็นของประชาชนจะได้รับการพิจารณาหรือไม่ขึ้นขึ้นกับการตัดสินใจของผู้รับผิดชอบ เช่น การทำประชาพิจารณ์
3. ระดับที่ประชาชนมีส่วนร่วมปานกลาง เป็นการที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดโครงการจนถึงดำเนินงานโครงการโดยการตัดสินใจ เป็นการกระทำร่วมกันระหว่าง

ประชาชนกับผู้รับผิดชอบ เช่น การเสนอโครงการที่มีการเจรจาต่อรอง การดำเนินการโครงการที่มีการประสานทรัพยากรของชุมชน

4. ระดับที่ประชาชนมีส่วนร่วมสูง เป็นการที่ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการกำหนดโครงการ ดำเนินโครงการและประเมินผลโครงการ โดยการตัดสินใจยึดเสียงของประชาชนเป็นหลัก เช่น การทำประชามติ

5. ระดับที่ประชาชนมีส่วนร่วมในอุดมคติ เป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของประชาชน สามารถตัดสินใจและดำเนินการได้ด้วยตนเอง เช่น กลุ่มออมทรัพย์ของประชาชน กลุ่มฌาปนกิจในหมู่บ้าน

ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วม

ในการมีส่วนร่วมนั้นไม่ว่าจะอยู่ในระดับใดย่อมที่จะเกิดปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมได้เสมอ ซึ่ง นรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2547) ได้จำแนกปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมไว้ 6 ประการ ดังนี้

1. ปัญหาและอุปสรรคจากฝ่ายที่ควรจะให้เข้าร่วม คือฝ่ายราชการหรือฝ่ายผลิต ดำเนินการเพียงลำพังโดยไม่ยอมหรือไม่เต็มใจให้ชุมชนมีส่วนร่วมด้วย อาจเนื่องมาจากไม่เคยชินเพราะทำให้ขาดความสะดวก ขาดความเป็นส่วนตัวการใช้ภาษาพูดเป็นแบบวิชาการ ทำให้ฝ่ายอื่นๆ เห็นพฤติกรรมการทำงานของตน หรือทำให้ต้องมีความโปร่งใสมากขึ้น จะทุจริตหาผลประโยชน์ได้ยากขึ้นไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องให้ฝ่ายอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมด้วย คิดว่าฝ่ายอื่นๆ ก็ไม่มีความรู้ที่เพียงพอ คิดว่าฝ่ายอื่นๆ ด้อยกว่าตน จึงไม่ควรจะร่วมงานด้วย การยึดถือระบบอุปถัมภ์ โดยข้าราชการยึดถือการสั่งการลงมาตามลำดับชั้นโดยคำนึงถึงพวกพ้องเป็นหลัก มองเห็นว่าฝ่ายอื่น (ราษฎร) ไม่สำคัญต่อการมีส่วนร่วมหรือบางสังคมใช้วิถีเกณฑ์แรงงานมาร่วมเป็นผลให้ไม่เกิดความรักหวงแหนในสิ่งที่มาร่วมทำนั้น พิจารณาวามีตัวแทนของผู้ที่มาร่วมมักเป็นบุคคลที่ไม่ใช่ตัวแทนทั้งหมด โดยไม่คำนึงถึงตัวแทนของแต่ละกลุ่ม

2. ปัญหาและอุปสรรคจากฝ่ายที่ควรจะให้เข้าร่วม เนื่องจาก ไม่ทราบเรื่องการให้เข้าไปมีส่วนร่วมด้วยหรือไม่ทราบว่ามิจกกรรมนั้น กล่าวเข้ามีส่วนร่วมแล้วจะเสียเวลา หรือเกิดความขัดแย้งหรือเสียประโยชน์ ไม่ทราบว่าจะเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างไร เนื่องจากไม่เคยให้พูดคุยอย่างเสมอภาคมาก่อน กล่าวว่ามีแตกต่างทางเศรษฐกิจและสังคม ยิ่งแตกต่างกันมากมักทำให้การมีส่วนร่วมเป็นไปได้ยากมากขึ้น เชื่อว่าการมีส่วนร่วมไม่จำเป็นสำหรับตน เพราะคิดว่ามีผู้อื่นเข้ามามีส่วนร่วมแล้ว เข้าไปมีส่วนร่วมแล้วไม่ได้รับการยอมรับ มีอคติเป็นส่วนตัว อาจไม่มั่นใจ

ในความสามารถของตนหรือมีบทเรียนที่ไม่ดีในอดีต รู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่ทำตามสัญญาหรือไม่ได้รับความเป็นธรรม การมีส่วนร่วมเป็นไปไม่เท่าเทียมกัน ทำให้ผู้เข้าร่วมไม่พอใจในบทบาทที่เข้าไปร่วมซึ่งอาจเป็นเพียงเพื่อเป็นพิธีการ หรือเพียงแต่นำไปรายงานว่าให้เข้ามามีส่วนร่วมแล้ว อยากเข้าไปมีส่วนร่วม แต่มีแรงเสียดทานจากสังคมรอบข้าง เข้าไปร่วมด้วยแล้วแต่ยึดประโยชน์ส่วนตนมากกว่าประโยชน์ส่วนรวม มีประชาชนบางกลุ่มที่ไม่คำนึงว่ามีส่วนร่วมจะเสียประโยชน์อะไร ขอเพียงให้ตนได้ประโยชน์เท่านั้น

3. ปัญหาและอุปสรรคจากทั้ง 2 ฝ่าย เนื่องจาก ต่างฝ่ายต่างไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องให้ฝ่ายอื่นมีส่วนร่วม การไม่ชอบรวมกลุ่มหรือไม่ชอบทำงานเป็นทีม ทั้ง 2 ฝ่าย ชาวบ้านบางคนเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน และขณะเดียวกันผู้นำหมู่บ้านไม่ได้รับความเชื่อถือและศรัทธาจากชาวบ้านเท่าที่ควร ปัญหาจากการเอาเปรียบกันของแต่ละฝ่าย ดังนั้นจึงควรให้มีกรรมการร่วมจัดการประชุม

4. ปัญหาและอุปสรรคจากหลักการที่ขัดแย้งต่างกัน กล่าวคือ ความขัดแย้งไม่ร่วมมือกันมีรากฐานจากปรัชญาแนวคิดและทิศทางการพัฒนาที่ต่าง ๆ กัน การมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้อย่างไรแท้จริงต้องมาจากพื้นฐานความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เท่าเทียมกัน การบริหารงานแบบรวมศูนย์อำนาจจะไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม เพราะการจะให้บุคคลกลุ่มอื่นมาร่วมกิจกรรม หรือร่วมคิดด้วยต้องกระจายอำนาจเพื่อสนองความต้องการที่หลากหลายจากบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ให้มากที่สุด มีการคอร์รัปชันเกิดขึ้น ทำให้ฝ่ายที่ได้ประโยชน์พยายามปกป้องประโยชน์นั้น ๆ โดยไม่คำนึงถึงเหตุผลที่ควรจะเป็น

5. ปัญหาและอุปสรรคจากการสื่อสาร เนื่องจาก การมีส่วนร่วมจะเพิ่มขึ้นเมื่อประชาชนได้รับข่าวสาร เข้าไปเป็นที่ปรึกษาและเป็นตัวแทนของชุมชนที่มีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมจะเพิ่มไปยังบุคคลกลุ่มต่างๆ มากขึ้น เมื่อต่างฝ่ายมีข้อมูลในเรื่องนั้นๆ ใกล้เคียงกัน การขาดข้อมูลพื้นฐานอย่างเพียงพอ ควรจำแนกประชาชนในท้องถิ่นเป็นกลุ่มสนใจแต่ละเรื่องให้ชัดเจน การขาดข้อมูลอย่างเพียงพออาจทำให้การแสดงความคิดเห็นเป็นไปโดยใช้อารมณ์

6. ปัญหาและอุปสรรคจากการใช้วิธีการไม่เหมาะสม คือ การริเริ่มโครงการต้องเริ่มที่ตัวปัญหา แล้วทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกับปัญหานั้น โดยร่วมอภิปราย แล้วกำหนดวิธีแก้ไข ปัญหาต่างๆ การแสดงความคิดเห็นไม่ควรเป็นการพูดในที่ประชุมเพียงอย่างเดียว เพราะอาจมีผลกระทบต่อผู้ให้ความเห็นหรือครอบครัว และอาชีพของบุคคลนั้นๆ ควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นกรรมการในหน่วยงานของรัฐบาลให้มากขึ้น การมีส่วนร่วมต้องให้เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่แสดงความคิดเห็นได้โดยเท่าเทียมกัน และอยู่บนพื้นฐานที่เคารพซึ่งกันและกัน ไม่ระบุให้ชัดเจนว่าจะให้ฝ่ายใดมีส่วนร่วมแค่ไหนเพียงใดและอย่างไรให้เหมาะสมกับแต่ละโครงการ การให้

โอกาสเข้าร่วมในสถานที่และเวลาที่ไม่เหมาะสม ทำให้ประชาชนที่ไม่สะดวกแก่การเข้าร่วมได้จึงไม่เข้ามามีส่วนร่วม

ผู้ที่มีบทบาทในการมีส่วนร่วม

ในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานต่างๆ จำเป็นต้องอาศัยกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้โดยจะแบ่งเป็น ผู้นำแบบเป็นทางการ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล และผู้นำแบบไม่เป็นทางการ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของกลุ่มผู้ที่มีบทบาทในการมีส่วนร่วม ดังนี้

วารุณี พองแก้ว และคณะ (2545) ได้ให้ความหมายของแกนนำไว้ว่า แกนนำคือสมาชิกในกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้อื่นในระดับบุคคล โดยการปรับความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และพฤติกรรม ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มและสังคม โดยปรับบรรทัดฐานและการกระทำ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในโปรแกรม และการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย

จรรยา ศรีปัญญา (2546) กล่าวว่าไว้ว่า แกนนำสุขภาพชุมชน หมายถึงบุคคลในชุมชนที่อาสาสมัครทำหน้าที่ในการดูแลจัดการด้านสุขภาพอนามัยให้แก่บุคคลอื่นๆ ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนในชุมชนนั้นๆ มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ

ปนัดดา พูใจ (2554) กล่าวว่าไว้ว่า แกนนำสุขภาพชุมชน หมายถึงบุคคล/กลุ่มคนที่อาสาสมัครทำหน้าที่ให้ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน เป็นตัวอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งร่วมแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

สรุปได้ว่าผู้ที่มีบทบาทในการมีส่วนร่วม หมายถึงบุคคล/กลุ่มคน ในชุมชนที่อาสาสมัครทำหน้าที่ในการจัดการดูแลให้แก่บุคคลอื่นๆ ในชุมชนเพื่อการปรับความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และพฤติกรรม ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคลและชุมชน ในการศึกษครั้งนี้ หมายถึงแกนนำชุมชนซึ่งได้หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคนที่มีบทบาทในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล คณะกรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่เทศบาลที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประธานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map: SRM)

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงให้เห็นรูปธรรม โดยการใช้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้ใช้สมรรถนะที่มีอยู่อย่างเต็มที่ช่วยทำให้ทุกภาคส่วนมองเห็นจุดหมายปลายทางหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในระยะเวลาที่กำหนดและวิธีการที่จะร่วมกันทำให้บรรลุผลเหล่านั้นได้โดยง่ายและเป็นระบบ

ความหมายของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map: SRM) ความหมาย เครื่องมือที่ช่วยในการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่แสดงให้เห็นรูปธรรมของการใช้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาอย่างแท้จริง เป็นการเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้ใช้สมรรถนะที่มีอยู่อย่างเต็มที่ช่วยทำให้ทุกภาคส่วนมองเห็นจุดหมายปลายทางหรือสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในระยะเวลาที่กำหนดและวิธีการที่จะร่วมกันทำให้บรรลุผลเหล่านั้นได้โดยง่ายและเป็นระบบ (อมร นนทสุต, 2553, อังโน ศิวพร อึ้งวัฒนา และ พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ, 2555)

ความสำคัญของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

ทำให้ชุมชนมีแผนงานโครงการของตนเอง โดยคนในชุมชนมีส่วนร่วมสร้างและกำหนดกิจกรรมด้วยตนเอง แบบคิดเอง ทำเอง ตัดสินใจเอง ร่วมตัดสินใจขับเคลื่อนและสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ชุมชน มีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ (ครอบคลุมทุกด้านทั้งด้านสุขภาพและสังคม) โดยองค์กร อสม. ในท้องถิ่น ตำบล เป็นแกนนำหลัก เสริมสร้างพลังชุมชนในการตัดสินใจกำหนดเป้าประสงค์ จุดหมายปลายทางและกำหนดวิถีทางที่จะให้บรรลุผลได้ด้วยตนเอง ปรับบทบาทประชาชนให้ลุกขึ้นยืนได้ด้วยตนเองหรือพึ่งตนเองได้ด้านสุขภาพและการพัฒนาสังคม ปรับกระบวนทัศน์ของภาครัฐและประชาชนในทางบวกและเชิงรุก เชื่อมประสานกิจกรรมการดำเนินงานของทุกภาคส่วนในพื้นที่เดียวกันให้เสริมพลังกัน ให้เหตุผลของความสำเร็จและความล้มเหลวของโครงการที่ดำเนินการได้อย่างมีเหตุผล (เมธี จันทจักรุณ, ม.ป.ป.)

กระบวนการขั้นตอนการจัดทำและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

กระบวนการขั้นตอนที่สำคัญของการจัดทำและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์คือ “จัดทำ 3 ขั้นตอน” และ “ใช้ 4 ขั้นตอน” รวมทั้งสิ้น 7 ขั้นตอน (อมร นนทสุต, 2555) ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์บริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) การสนทนามองในมุมดี สิ่งดี ๆ ของชุมชน ไปพร้อมๆ กันในทั้ง 4 มุมมอง 4 ระดับ เพื่อที่เราจะได้เสริมพลังของชุมชนที่จะนำไปสู่จุดหมายปลายทางที่ต้องการ โดยใช้เครื่องมือ คือ แผนที่ความคิด/แผนที่จิตใจ (Mind Map) ทั้งนี้เพราะทุกคนร่วมกันแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งเห็นความสัมพันธ์ ความเกี่ยวข้องของสิ่งต่าง ๆ ที่ร่วมกันวิเคราะห์ นอกจากนั้นสามารถเพิ่มเติมความคิดได้ โดยไม่มีข้อจำกัด

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดจุดหมายปลายทาง (Destination Statement) เป็นความคาดหวังที่ต้องการเห็นความเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาที่กำหนดชัดเจน ภาพอนาคตที่คาดหวังหรือสิ่งที่ต้องการเห็นหรือให้เกิดขึ้นของชุมชน ท้องถิ่น องค์กร ต้องแสดงความเป็นไปได้ในอำนาจของหน่วยงาน องค์กร สถาบันพื้นที่ของเรา พื้นที่แต่ละระดับสามารถจัดการได้

ขั้นตอนที่ 3 การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการตรวจสอบยุทธศาสตร์กับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map Construction: SRM) แสดงให้เห็นเส้นทางเดินสู่จุดหมายปลายทาง โดยผ่านการดำเนินงานการให้บรรลุวัตถุประสงค์ในแต่ละระดับ แต่ละมุมมองที่เชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน ขั้นตอนต่อไปให้นำข้อมูลที่มีอยู่ในผังจุดหมายปลายทางนั้นมาสรุปเอาเฉพาะประเด็น นำมาจัดทำกล่องต่าง ๆ ในโครงจัดทำของแผนที่ เรียกว่า เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งตรวจสอบว่า แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นนี้สามารถตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ของท้องถิ่นหรือไม่ มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์หรือไม่ หากไม่มีก็จัดการเพิ่มเติมส่วนที่ขาดหายไป

ขั้นตอนที่ 4 การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model Construction: SLM) การใช้ประโยชน์ของแผนที่ยุทธศาสตร์ให้เกิดการปฏิบัติจริงนั้น ให้เลือกใช้เป็นส่วนโดยจัดทำแผนที่ฉบับปฏิบัติการเฉพาะส่วนที่ทำจริง เลือกทางเดินที่คาดว่าจะทำให้ไปถึงจุดหมายปลายทางที่สะดวกรวดเร็วที่สุด เสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ภายในเวลาสั้นที่สุด มีวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์จำนวนน้อยกว่าแผนที่หลัก เท่าที่จำเป็นต้องใช้ในช่วงเวลาที่กำหนด สามารถปรับแผนที่ฉบับปฏิบัติการได้ ถ้าการดำเนินงานสอดคล้องว่างานจะไม่เป็นไปตามแผน การใช้ประโยชน์ของแผนที่ยุทธศาสตร์ จะกระทำที่แผนที่ฉบับนี้

ขั้นตอนที่ 5 การอธิบายการทำงานหรือการนิยามเป้าประสงค์และตัวชี้วัด รวมถึงการจัดทำนวัตกรรมและมาตรการทางสังคม (Strategic Objective Definition) เป็นการอธิบายวิธีการทำงานในการจัดทำแผนปฏิบัติการที่จะนำไปใช้งานจริง ที่คนในชุมชน ท้องถิ่นหรือองค์กรมาร่วมกันคิดพิจารณา พร้อมทั้งหารือร่วมกันถึงรายละเอียดเกี่ยวกับ กิจกรรมสำคัญ มาตรการหรืองาน (การกระทำ) ทั้งทางด้านการวิชาการและด้านสังคม ตัวชี้วัดผลงาน ตัวชี้วัดผลสำเร็จพร้อมหลักเกณฑ์ ปริมาณงานหรือเป้าหมายในการทำงาน ระยะเวลาดำเนินการ งบประมาณ ผู้รับผิดชอบดำเนินการในแต่ละงาน แต่ละกิจกรรม การใช้ประโยชน์แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในขั้นตอนของการนิยามเป้าประสงค์หรืออธิบายการทำงาน จะใช้ตาราง มีจำนวน 11 ช่อง ผู้เข้าร่วมหารือในแต่ละระดับ จะร่วมกันพิจารณา คิดริเริ่มถึงรายละเอียดในแต่ละเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (เปลี่ยนแปลงอะไร) กลยุทธ์ (ทำอะไร) ที่จะเปลี่ยนแปลง ในแต่ละระดับแต่ละมุมมอง เกี่ยวกับ 1) กิจกรรมสำคัญ 2) มาตรการ (งาน)/การกระทำทั้งด้านวิชาการและสังคม 3) ตัวชี้วัดผลงาน 4) ตัวชี้วัดผลสำเร็จพร้อมหลักเกณฑ์ครบทุกช่อง ในตารางอธิบายการทำงานหรือ ตาราง 11 ช่อง

ขั้นตอนที่ 6 การจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan/Mini-SLM) การจัดทำแผนปฏิบัติการคือ แผนกิจกรรมสำคัญหลักที่มีตัวชี้วัดผลสำเร็จในการปฏิบัติงานจริงและกิจกรรมเสริม ของแต่ละเป้าประสงค์ในแต่ละระดับหรือมุมมอง การจัดทำแผนปฏิบัติการจะดำเนินการภายหลังที่ทำตารางอธิบายวิธีการทำงานครบทุกช่องเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จที่ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 7 การเปิดงานและติดตามผล (Launching) เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ครบถ้วนแล้ว จึงถึงเวลาเปิดงาน โดยมีข้อพิจารณา ดังนี้

1. หากมีโครงการเก่าอยู่แล้ว อาจต้องปรับโครงการให้สอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการเสียก่อน แต่บางครั้งผู้บริหารอาจตัดสินใจเปิดโครงการใหม่ โดยการจัดทำโครงการขึ้นจากตารางอธิบายการทำงาน (ตาราง 11 ช่อง) ซึ่งจะมีความสอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์พอดี

2. ถ้าแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการใช้สำหรับงานที่มีความร่วมมือระหว่างสาขา การมอบหมายความรับผิดชอบในระดับกลุ่มงาน อาจมอบให้หน่วยงานในสาขาใดสาขาหนึ่งที่แตกต่างกัน ส่วนการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Mini-SLM) การกำหนดตัวผู้รับผิดชอบก็ยังเป็นหน้าที่ของผู้บริหารหน่วยงานเหล่านั้น รวมทั้งการดำเนินงานตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ก็ยังคงเป็นหน้าที่ของหน่วยงานประจำที่ดำเนินการภายใต้แผนงานโครงการขององค์กรตามปกติ เพียงแต่แผนงานโครงการเหล่านั้นต้องได้รับการปรับปรุงเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการ ส่วนคณะกรรมการจัดการกิจกรรมจะทำหน้าที่เสมือนผู้บริหารการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น

3. ถ้าแผนปฏิบัติการใช้ภายในหน่วยงานเดียว กระบวนการต่างๆที่ระบุไว้ในการถ่ายระดับสู่การปฏิบัติในเอกสารนี้จะใช้ได้ทั้งหมด

4. ดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน โครงการที่ได้จากตาราง 11 ช่อง ที่ผ่านความเห็นชอบของชุมชน องค์กรและหรือการอนุมัติจากองค์กร ทั้งนี้หากทุกอย่างได้รับความเห็นชอบและอนุมัติร่วมกันแล้ว ไม่จำเป็นต้องรองบประมาณมาก่อนจึงจะเริ่มลงมือทำงาน แต่สามารถดำเนินกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้กิจกรรมที่ไม่ใช้งบประมาณไปก่อนได้ หรืออาจใช้วิธีการมีส่วนร่วมลงหุ้นทรัพยากรของคนในชุมชนหรือองค์กรนำสิ่งที่มีอยู่มาลงขันกันดำเนินการ

5. ในการเปิดงานต้องกำหนดระบบการติดตามความก้าวหน้า (Monitoring System) ของการปฏิบัติงาน และการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นให้ชัดเจน การติดตามงานจะเป็นรายไตรมาส ในไตรมาสแรก ผู้ปฏิบัติงานจะเฝ้าสังเกตจุดอ่อน จุดแข็งของงานที่ตนกำลังดำเนินการอยู่ หากพบข้อบกพร่องก็จะคิดหาวิธีหรือรูปแบบงานใหม่ที่ดีกว่า เมื่อถึงปลายไตรมาส ก็จะมีการประชุมกันในกลุ่มงาน เพื่อสรุปรายงานพร้อมข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการจัดการกิจกรรม สักส่วนของกลุ่มงานจะใช้ไปใน 1) การปฏิบัติและทบทวนผลการปฏิบัติ 2) การประชุมหารือถึงวิธีการใหม่ๆที่ดีกว่า และ 3) การทดลองใช้วิธีการใหม่ ตามลำดับ สำหรับคณะกรรมการจัดการกิจกรรม สักส่วนเวลาจะตรงกันข้าม ดังนี้ 1) การปรับและติดตามการใช้กระบวนการใหม่ๆที่ดีกว่า 2) การหาหรือเพื่อปรับกระบวนการหรือยุทธศาสตร์ และ 3) การทบทวนการปฏิบัติงาน การปรับกระบวนการจะเป็นรายไตรมาสถ้าจำเป็น แต่ถ้าการปรับกิจกรรมทำหลายครั้งแล้วไม่ได้ผลก็ถึงเวลาพิจารณาปรับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการใหม่

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีการเพิ่มของผู้ป่วยทำให้เกิดผลกระทบหลายด้าน การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในพื้นที่ ซึ่งในการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในครั้งนี้ได้นำเอากรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของ โคเฮน และ อัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1980) มี 4 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจ (decision making) ใช้การตัดสินใจควบคุมไปกับขั้นตอนการปฏิบัติการ (implementation) ด้วย การรับผลประโยชน์ (benefits) และการประเมินผล (evaluation) และสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหา และพัฒนารูปแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนต่อไป